

ENCUESTA PARA ADULTOS DE EDAD MAYOR

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. **Por favor rellene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** EJEMPLO: Correcto ● Incorrecto ☒

Encuesta para el Consumidor del Programa de Mejoramiento de Estadísticas de Salud Mental Comunitario (MHSIP)*:

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que usted recibió servicios. Si no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que usted a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo o Definitivamente en desacuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que usted no a experimentado, rellene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

EMPIECE AQUÍ → **Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene usted recibiendo servicios aquí?**

- Está es mi primera visita aquí.
- He tenido más de una visita pero he recibido servicios por menos de un mes.
- 1 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que recibí en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Aunque tuviera otras opciones, yo preferiría seguir recibiendo servicios en esta agencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo le recomendaría esta agencia a un(a) amigo(a) o familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La localidad (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.) de la agencia donde yo recibí servicios fue conveniente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal me regresó mis llamadas dentro dentro de 24 horas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios estaban disponibles a horarios que eran convenientes para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Recibí todos los servicios que yo pensé necesitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pude ver a un psiquiatra cuándo yo quise o pensé necesitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El personal de esta agencia cree que puedo crecer, cambiar y recuperarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me sentí cómodo(a) para hacer preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentí que podía quejarme, si fuera necesario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me dieron información sobre mis derechos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me motivo para poder tomar responsabilidad por la manera en que vivo mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal me informó sobre los posibles efectos secundarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

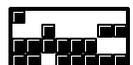
*This survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

O - S P



Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso(a)	En desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo	No Aplica
----------------------------	------------	-------------	---------------	-------------------------------	-----------

- | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 16. El personal respetó mis deseos sobre quién puede y quién no puede recibir información sobre mi tratamiento. | <input type="radio"/> |
| 17. El personal no decidió, sino que yo decidí mis metas para el tratamiento. | <input type="radio"/> |
| 18. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mis antecedentes étnicos y culturales (raza, religión, lenguaje, etc.). | <input type="radio"/> |
| 19. El personal me ayudó a obtener información que necesitaba para que yo pudiera controlar mi enfermedad. | <input type="radio"/> |
| 20. Me recomendaron usar programas administrados para el consumidor, como grupos de apoyo, llamar a la línea telefónica de crisis y visitar centros disponibles a cualquier hora. | <input type="radio"/> |

Como resultado directo de los servicios que recibí:

- | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 21. Es más fácil para mí tratar de solucionar mis problemas de cada día. | <input type="radio"/> |
| 22. Puedo controlar mi vida mucho mejor. | <input type="radio"/> |
| 23. Puedo controlarme mejor en causa de una crisis. | <input type="radio"/> |
| 24. Me llevo mejor con mi familia. | <input type="radio"/> |
| 25. Me desenvuelvo mejor en situaciones sociales. | <input type="radio"/> |
| 26. Me va mejor en la escuela o en el trabajo. | <input type="radio"/> |
| 27. Mi situación de vivienda a mejorado. | <input type="radio"/> |
| 28. Mis síntomas no me molestan tanto como antes. | <input type="radio"/> |

29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta página. Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

Preguntas sobre la Calidad de Vida:

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas, rellenando el círculo que mejor describa su experiencia o cómo usted se siente. Por favor, rellene solo un círculo para cada pregunta. En algunas preguntas usted podrá rellenar el círculo que dice **No aplica** si la pregunta no le aplica a usted.

Satisfacción de la Vida en General

Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
----------	----------------------	------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	--------------

- | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Cómo se siente sobre su vida en general? | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

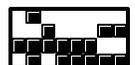
Modo de Vivir

2. Piense sobre su modo de vivir actualmente. Cómo se siente sobre:

- | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿La situación en la que usted vive? | <input type="radio"/> |
| B. ¿La privacidad que tiene? | <input type="radio"/> |
| C. ¿La probabilidad de quedarse a vivir donde reside actualmente por mucho tiempo? | <input type="radio"/> |

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



Actividades Diarias y Funcionamiento

3. Piense sobre cómo usted pasa su tiempo libre. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿La forma en que usted pasa su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La oportunidad que tiene para disfrutar de cosas bellas y placenteras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La cantidad de tiempo que usted se divierte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de tiempo que usted tiene para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia

4. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿La forma en que usted y su familia se tratan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La relación que usted tiene con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Relaciones Sociales

5. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)	No Aplica
A. ¿Las actividades que usted hace con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿La cantidad de tiempo que usted pasa con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Las personas con las que usted se relaciona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿La cantidad de amistades en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asuntos Legales y Seguridad

6. Durante el mes pasado, fue usted víctima de:	No	Sí					
A. ¿Algún crimen violento, tales como un asalto, violación o robo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
B. ¿Algún crimen sin violencia, tales como un robo residencial, robo de su propiedad o dinero / estafa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
7. Durante el MES pasado, ¿cuántas veces ha sido usted arrestado(a) por algún delito?							
<input type="radio"/> Ningúnarresto <input type="radio"/> 1 arresto <input type="radio"/> 2 arrestos <input type="radio"/> 3 arrestos <input type="radio"/> 4 o más arrestos							
8. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su seguridad en las calles de su vecindario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su seguridad donde usted vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La protección que usted tiene en contra de ser robado(a) o atacado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud

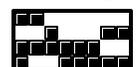
9. En general, diría usted que su salud es:	<input type="radio"/> Excelente	<input type="radio"/> Muy buena	<input type="radio"/> Buena	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Mala		
10. Cómo se siente usted sobre:	Terrible	No estoy contento(a)	Generalmente Insatisfecho(a)	Más ó menos	Generalmente Satisfecho(a)	Contento(a)	Encantado(a)
A. ¿Su salud en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Su condición física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Su bienestar emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

16324

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos de a saber un poco más sobre usted.

1. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No sé
3. ¿Cuál es su raza? **(Por favor rellene todas las respuestas que apliquen.)**
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Razadesconocida
 Afro-Americano/Negro Nativo de Hawai/ De otras Islas del Pacífico
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? **(Escriba dentro de las cajas y rellene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)**

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	<input type="radio"/>						
1	<input type="radio"/>						
2	<input type="radio"/>						
3	<input type="radio"/>						
4	<input type="radio"/>						
5	<input type="radio"/>						
6	<input type="radio"/>						
7	<input type="radio"/>						
8	<input type="radio"/>						
9	<input type="radio"/>						

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1937

1. Escriba la fecha de nacimiento →

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

04 - 30 - 1937

2. Rellene los círculos que corresponden

0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Los servicios que usted recibió fueron proveídos en el idioma que usted prefirió? Sí No
6. ¿Hubo información escrita disponible para usted en el idioma que usted prefirió (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)? Sí No
7. ¿Cuál fue la razón principal por la cuál usted se involucro con este programa? **(Rellene solo una respuesta):** Alguien más recomendó que yo viniera. Vine en contra de mi voluntad.
 Yo decidí venir por mi propia voluntad.
8. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de esta encuesta. **(Rellene todas las respuestas que apliquen):**
 No necesité ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. Mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea mi clínico o manejador de caso me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó ¿Quién?: _____

!Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
(FOR OFFICE USE ONLY)

REQUIRED Information:

County Code: □□

Date of Survey Administration:

1 1 - □□ - 2 0 0 4

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all four pages of this survey.

□□□□□□□□□□

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

16324

